

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE NERVIANO

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028 - C.F. 86506140150
miic85300x@istruzione.it - miic85300x@pec.istruzione.it - www.icnerviano.edu.it

All. 2

MODULO DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

(da compilare a cura del Medico)

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione.....

.....
.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia.....

.....
.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....
.....

Eventuali note di primo soccorso
.....

Modalità di conservazione
.....

Data

Timbro e firma del medico (obbligatorio)

.....

Constata l'assoluta necessità SI AUTORIZZA la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

